

Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Fortbildung - März 2024



Ablauf

Teil 1 Pathophysiologie, Klinik und Therapie

Teil 2 Diagnostik & Praktische Durchführung

Vorbemerkungen / Disclosure

Die folgende Präsentation dient lediglich Ausbildungszwecken. Sie stellt eine gekürzte Form der Originalpräsentation dar, da Inhalte teilweise urheberrechtlich geschützt sind. Alle Grafiken und Tabellen sind in den Quellen zu finden. Alle gezeigten Grafiken stehen unter urheberrechtlichem Schutz der vermerkten Quelle.

Sollten Sie als Urheber die Löschung der Präsentation wünschen, bitte ich um kurze Information unter „Contact“. Vielen Dank.

Für den Inhalt übernehme ich keine Haftung. Insbesondere stellt die Präsentation keine medizinische oder gesundheitliche Beratung dar und kann diese nicht ersetzen. Bitte suchen Sie einen Arzt oder Ärztin auf.

The following presentation is for educational purposes only. It represents an abbreviated version of the original presentation, as some content is partially protected by copyright. All graphics and tables can be found in the sources. All displayed graphics are protected by copyright from the indicated source.

If you, as the copyright holder, require that the presentation shall be deleted, please contact me anytime (see Contact / Imprint). Thank you.

I do not assume any liability for the content. In particular, the presentation does not constitute medical or health advice. Please consult a doctor.

Teil 1 – Pathophysiologie, Klinik und Therapie

- **Pathophysiologie**
- **Symptome und diagnostische Einteilung**
 - Erscheinungsbilder und Subtypen (ICD-10, DSM IV)
 - Kernsymptome
- **Differentialdiagnosen** / Abgrenzung zu anderen Erkrankungen
- **Therapie**
- **Prognose & relevante Informationen für Betroffene**

Teil 2 – Diagnostik & Praktische Durchführung

- Wiederholung: Kernsymptomatik
- **Multimodale Diagnostik**
 - Was gehört zu einer ADHS-Diagnostik? Wie wird die Diagnose gestellt?
 - Variante einer ADHS-Diagnostik
 - Fragebögen (ADHS-SB, WURS-K, BDI-II)
 - Semi-Strukturiertes Interview (DIVA-V)
- **Fallstricke** in der ADHS-Diagnostik

AD(H)S-Quiz

Was stimmt (nicht)?



Aussage 1

Die Prävalenz von AD(H)S im Erwachsenenalter liegt weltweit zwischen 3 und 5%.

Aussage 3

Im ambulanten Bereich liegt diese bei ca. 15%, im Stationären zwischen zirka ca. 7 und 40%

Aussage 2

Viele Patienten weisen nicht das Vollbild einer AD(H)S auf, leiden jedoch subsyndromal inkl. möglicher Folgen.

Aussage 4

AD(H)S ist u.a. mit einem erhöhten Auftreten von Substanzmissbrauch, Inhaftierung, Verkehrsunfällen, jedoch nicht Demenz assoziiert.



Aussage 1

Die Prävalenz von AD(H)S im Erwachsenenalter liegt weltweit zwischen 3 und 5%.

Aussage 3

Im ambulanten Bereich liegt diese bei ca. 15%, im Stationären zwischen zirka ca. 7 und 40%

Aussage 2

Viele Patienten weisen nicht das Vollbild einer AD(H)S auf, leiden jedoch subsyndromal inkl. möglicher Folgen.

Aussage 4

AD(H)S ist u.a. mit einem erhöhten Auftreten von Substanzmissbrauch, Inhaftierung, Verkehrsunfällen, jedoch nicht und Demenz assoziiert.





<https://www.theguardian.com/society/2023/oct/17/people-diagnosed-with-adhd-as-adults-could-be-at-greater-risk-of-dementia>

“The team looked at records from **109,218** [Israeli] people who were on **average 57.7 years** old when the study began in January **2003**, and tracked their records (...) the end of the study in February **2020**”

“After taking into account [18 potentially confounding factors] including age, sex, socioeconomic status, smoking and various health conditions, the team found those who were diagnosed with **adult ADHD during the study had a 2.77 times greater risk** of being diagnosed with dementia.”

“There was no clear association between **ADHD and dementia risk among those with psychostimulant medication** [which is taken for ADHD] exposure,” the team write, adding that the finding required further study [and that the study could not prove cause and effect].”

Symptome, Risiken und Lebensqualität bei ADHS über die Lebensspanne



Abbildung 8 aus Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 1, 15020 (2015).
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>

Pathophysiologie

- Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen:
 - Genetische Faktoren: Hohe Heritabilität (bis zu 80% seitens Eltern, über 30% seitens Geschwistern)
 - Noxen während Schwangerschaft, z.B. Alkohol, Blei, Pestizide, Rauchen
 - (vermindertes Geburtsgewicht, vorzeitige Geburt)
 - Verletzungen des Frontalhirns
 - **Keine Evidenz:** Ernährung („zu viel Zucker“), viel TV od. Videospiele, Erziehungsstil
- Neurobiologische Faktoren: Strukturelle und funktionelle Veränderungen
 - Bestimmter Hirnareale (bspw. Cerebellum, Frontallappen)
 - Von Neurotransmittersystemen (insb. Dopamin, Noradrenalin)
 - Im Folgenden vereinfacht und schematisch dargestellt

Fronto-Parietales Netzwerk



Beeinträchtigt sind v.a.

Steuerung der Aufmerksamkeit

(unwichtige Stimuli ausblenden v.a. bei Langeweile, Fokus halten, Single-/Multitasking)

Schlüsseltransmitter

Dopamin und Noradrenalin

(Ungleichgewicht/Mangel-Theorien)

Abbildung aus Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter von Peter Kirsch / Nina Haible-Baer, 2021, BELTZ Verlag
Neurobiologie des AD(H)S ausführlich: <https://psychscenehub.com/psychinsights/neurobiology-of-adhd/>

Fronto-Striatales Netzwerk

Beeinträchtigt sind v.a.
**Steuerung des Verhaltens /
Impulskontrolle**

(unangemessene Verhaltensimpulse
unterdrücken, zielgerichtetes Planen u.
Handeln, Emotionen regulieren)

→ u.a. Störung Belohnungssystem

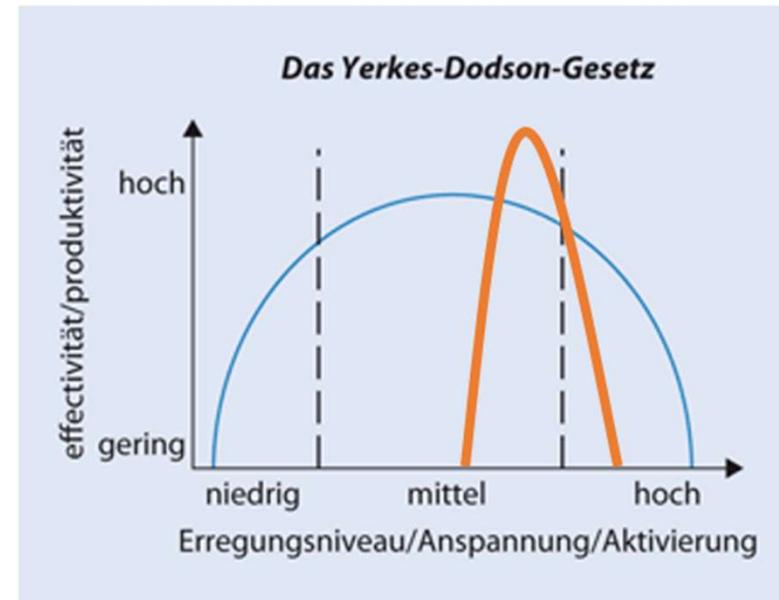
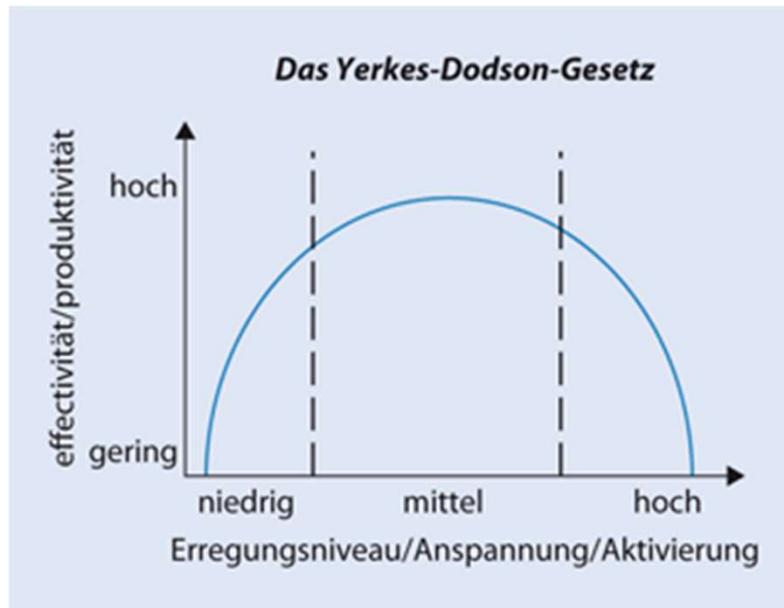
Schlüsseltransmitter

v.a. **Dopamin**
(stärkere Stimulation d.h. höhere
Spiegel nötig für Belohnungseffekt)



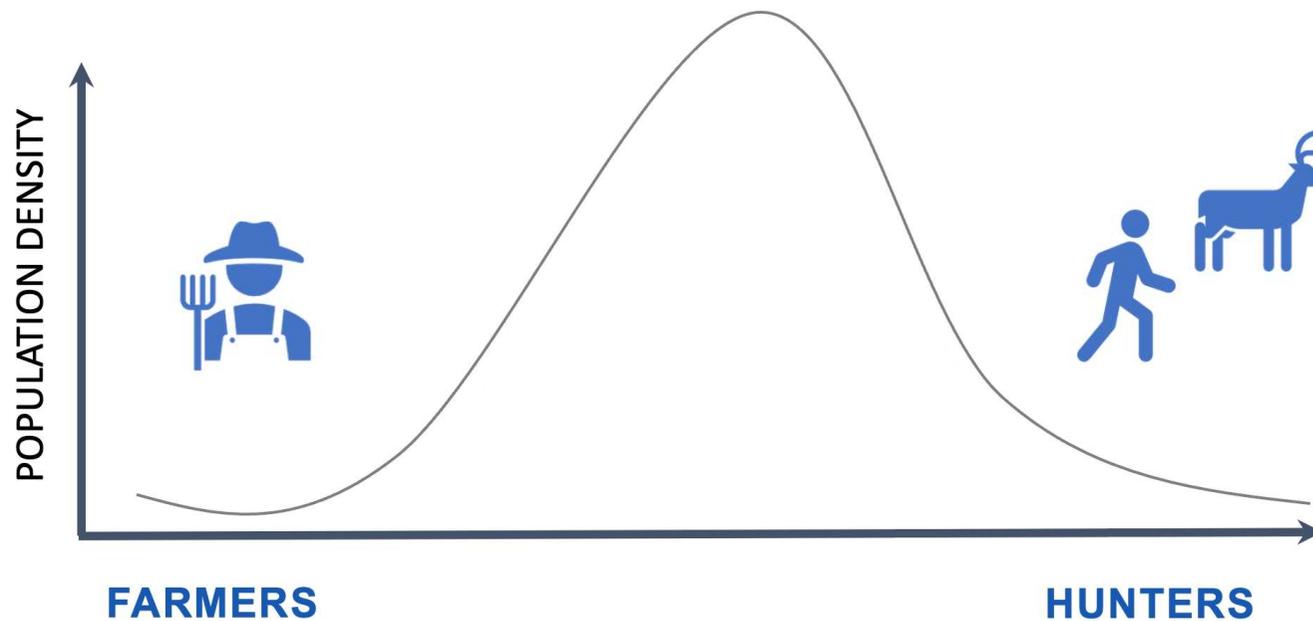
Abbildung aus Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter von Peter Kirsch / Nina Haible-Baer, 2021, BELTZ Verlag
Neurobiologie des AD(H)S ausführlich: <https://psychscenehub.com/psychinsights/neurobiology-of-adhd/>

Yerkes-Dodson-Gesetz & Hyperfokus



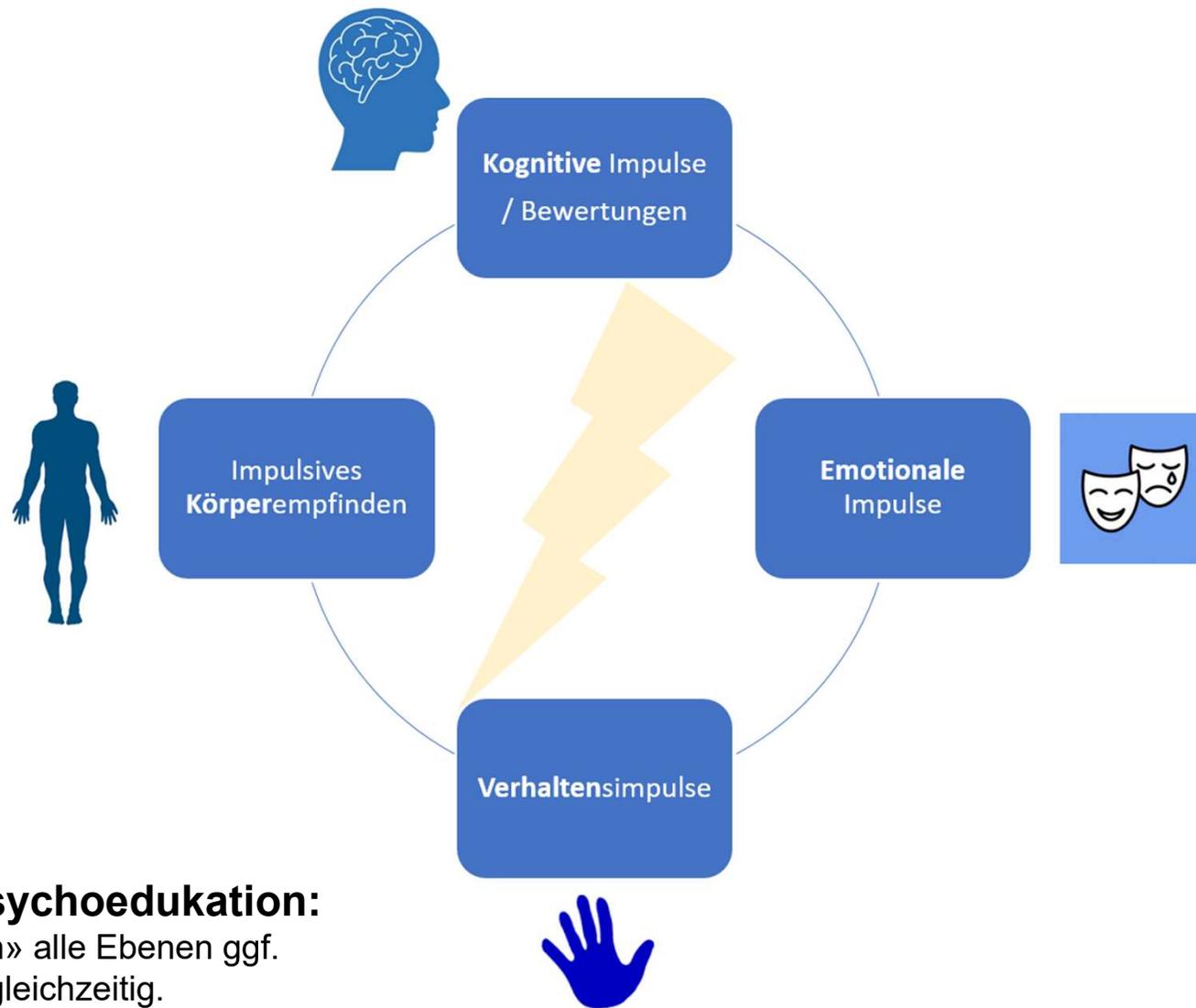
Erklärung der veränderten Leistungsbereitschaft. **Orange bei AD(H)S-Patient:innen**, die mehr äussere Stimulierung brauchen, dann aber auch **hyperfokussiert** mehr Leistung bringen können.

«Farmer vs. Hunter» Hypothese - Entstigmatisierung



Thom Hartmann : https://en.wikipedia.org/wiki/Hunter_vs_farmer_hypothesis

Esteller-Cucala P, Maceda I, Børglum AD, Demontis D, Faraone SV, Cormand B, Lao O. Genomic analysis of the natural history of attention-deficit/hyperactivity disorder using Neanderthal and ancient Homo sapiens samples. Sci Rep. 2020 May 25;10(1):8622. doi: 10.1038/s41598-020-65322-4.



Schema zur Psychoedukation:

Bei AD(H)S «feuern» alle Ebenen ggf. schneller oder gar gleichzeitig.

Erscheinungsformen von ADHS

- Drei Kernbereiche:
 1. Unaufmerksamkeit
 2. Hyperaktivität
 3. Impulsivität

Unaufmerksamkeit	Hyperaktivität/Innere Unruhe	Impulsivität
<ul style="list-style-type: none">• Unaufmerksamkeit gegenüber Details• Schwierigkeiten, Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten• Hört scheinbar nicht zu• Kann Erklärungen nicht folgen• Probleme zu organisieren• Vermeidet Aufgaben, die gesteigertes Durchhaltevermögen verlangen• Verliert Dinge• Häufig abgelenkt• Vergesslich im Alltag	<ul style="list-style-type: none">• Unruhig mit Händen und Füßen• Kann nicht sitzen bleiben• Lläuft häufig herum• Laut bei Aktivitäten• Exzessive motorische Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none">• Ungeduldig• Mühe mit Warten• Unterbricht andere• Impulsive Entscheidungen

Wender-Utah-Kriterien der ADHS im Erwachsenenalter

- Aufmerksamkeitsstörung
- Motorische Hyperaktivität
- Affektlabilität
- Desorganisiertes Verhalten
- Affektkontrolle
- Impulsivität
- Emotionale Überreagibilität

Erscheinungsbilder der ADHS Subtypen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	F 90.0
	Andere näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen, Beginn in der Kindheit und Jugend: Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität	F 98.8
DSM IV	ADHS, kombinierter Typ	314.01
	ADHS, vorwiegend unaufmerksamer Typ	314.00
	ADHS, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ	314.01
	ADHS, nicht näher bezeichnet; «Residualtyp»	314.9

Diagnosekriterien im Vergleich

Tabelle 1:

Diagnose der ADHS in ICD-10, DSM-5 und ICD-11

	ICD-10 (Forschungskriterien)	DSM-5	ICD-11
Bezeichnung	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	6A06 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
Beginn und Dauer	persistierendes Muster (mind. 6 Monate), beginnend vor dem 7. Lebensjahr	persistierendes Muster (mind. 6 Monate), beginnend vor dem 12. Lebensjahr	persistierendes Muster (mind. 6 Monate), beginnend vor dem 12. Lebensjahr
Spezifizierungen	<ul style="list-style-type: none"> keine Restkategorien (F90.8 Sonstige hyperkinetische Störung, F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung) 	<ul style="list-style-type: none"> F90.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild F90.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild F90.2 Vorwiegend gemischtes Erscheinungsbild Möglichkeit der Schweregrad-einteilung (leicht, mittel, schwer) Kodierung «teilremittiert» 	<ul style="list-style-type: none"> sog. «specifiers» zur Bezeichnung des im Vordergrund stehenden Störungsbilds 6A06.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild 6A06.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild 6A06.2 Vorwiegend gemischtes Erscheinungsbild

Aus Diagnostik und Differenzialdiagnostik der ADHS im Erwachsenenalter. Stieglitz. 2023. Psychiatrie + Neurologie
<https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2023-01/diagnostik-und-differenzialdiagnostik-der-adhs-im-erwachsenenalter>

Besonderheiten der Symptomatik im Erwachsenenalter

- ADHS wurde lange Zeit als eine auf das Kindesalter beschränkte Entwicklungsstörung betrachtet
- **Veränderung der Symptomatik im Zeitverlauf:** Hyperaktivität nimmt eher ab, manifestiert sich eher als innere Unruhe
- **Komorbide Störungen:** Komorbide Störungen nehmen im Zeitverlauf zu
- **Erweiterung des Spektrums der Symptomatik:** Zur Kernsymptomatik treten weitere klinisch relevante Bereiche auf, z.B. emotionale Dysregulation und/oder Desorganisation
- **Spätes erstmaliges Auftreten:** Bei vielen Erwachsenen wird die Diagnose nicht nur erstmals gestellt, sondern die Symptomatik zeigt sich oft dann erstmals in klinisch relevanter Weise

„Typische“ Lebenslinien mit AD(H)S

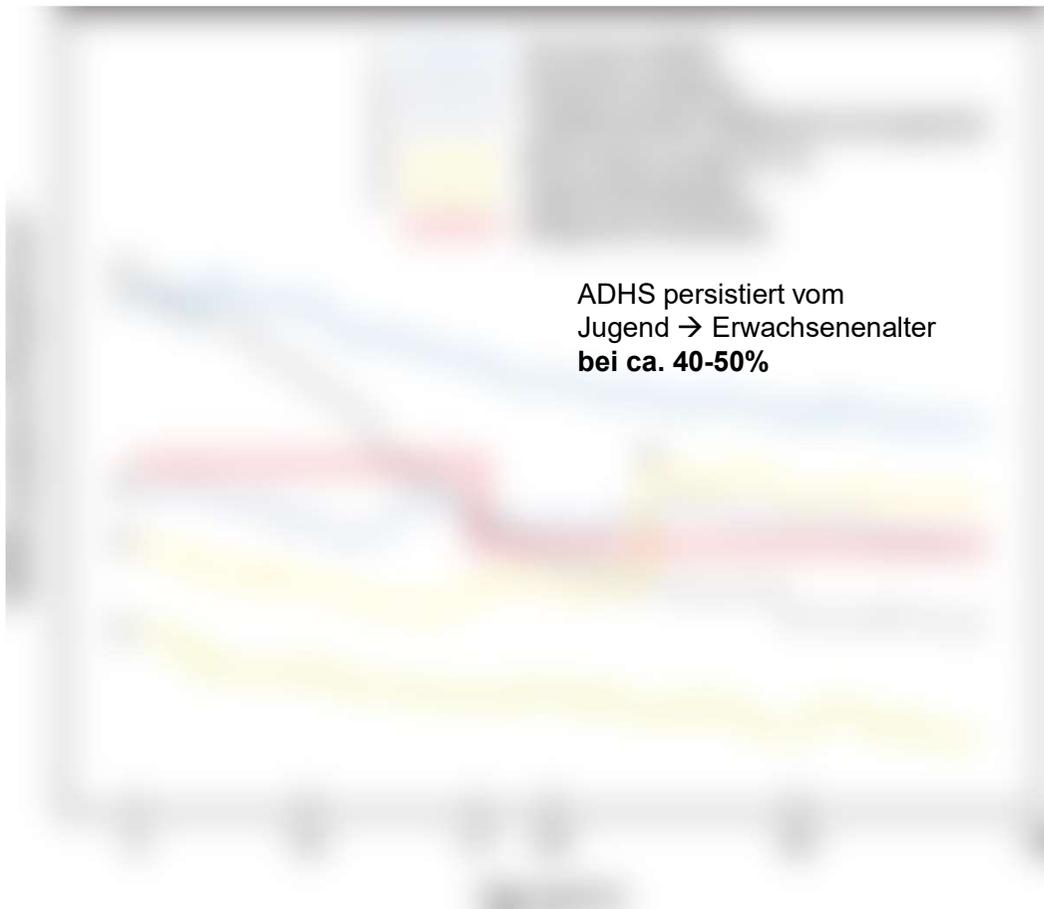


Abbildung 1 aus
Live fast, die young? A review on the developmental
trajectories of ADHD across the lifespan. Franke et al.,
European Neuropsychopharmacology (2018) 28, 1059–
1088

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X18303031>

Ein «ADHS-Gehirn» reift länger

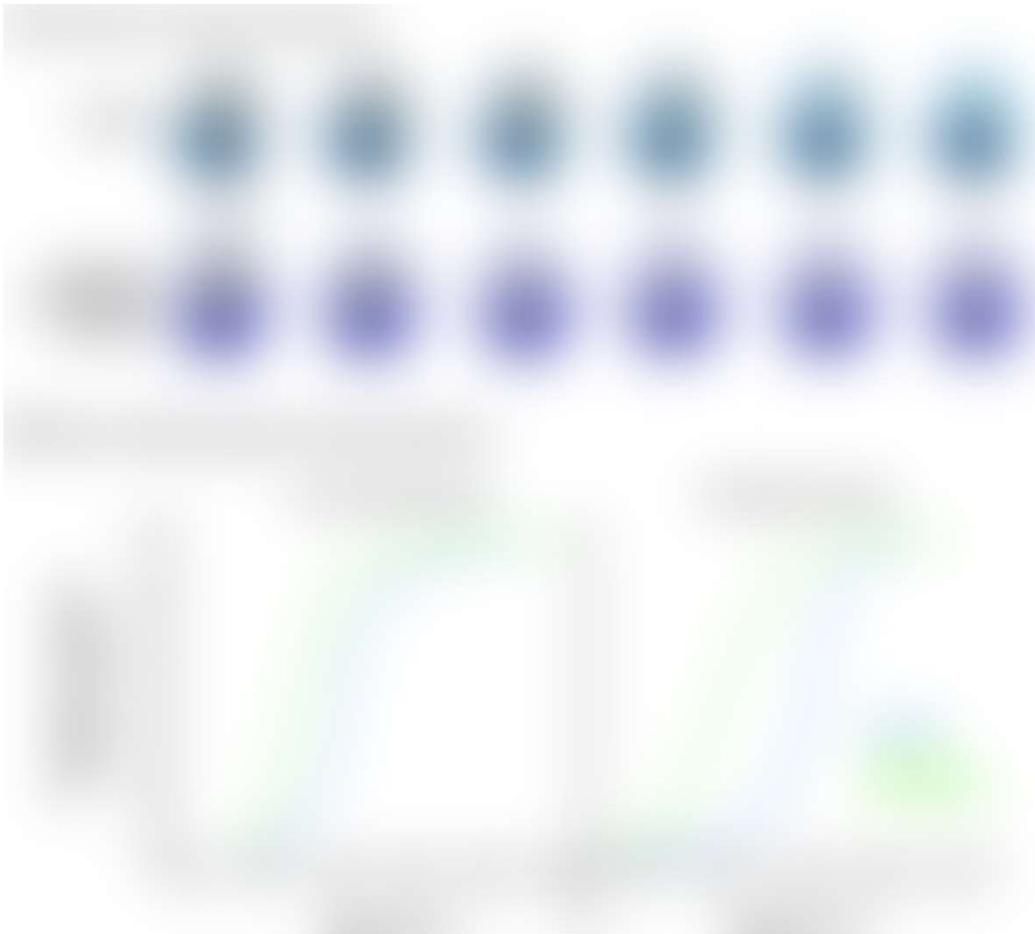


Abbildung 1 aus
Disruptive insights in psychiatry: transforming a
clinical discipline, Thomas Insel. J Clin Invest.
2009;119(4):700-705.

<https://www.jci.org/articles/view/38832>

Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Erkrankungen

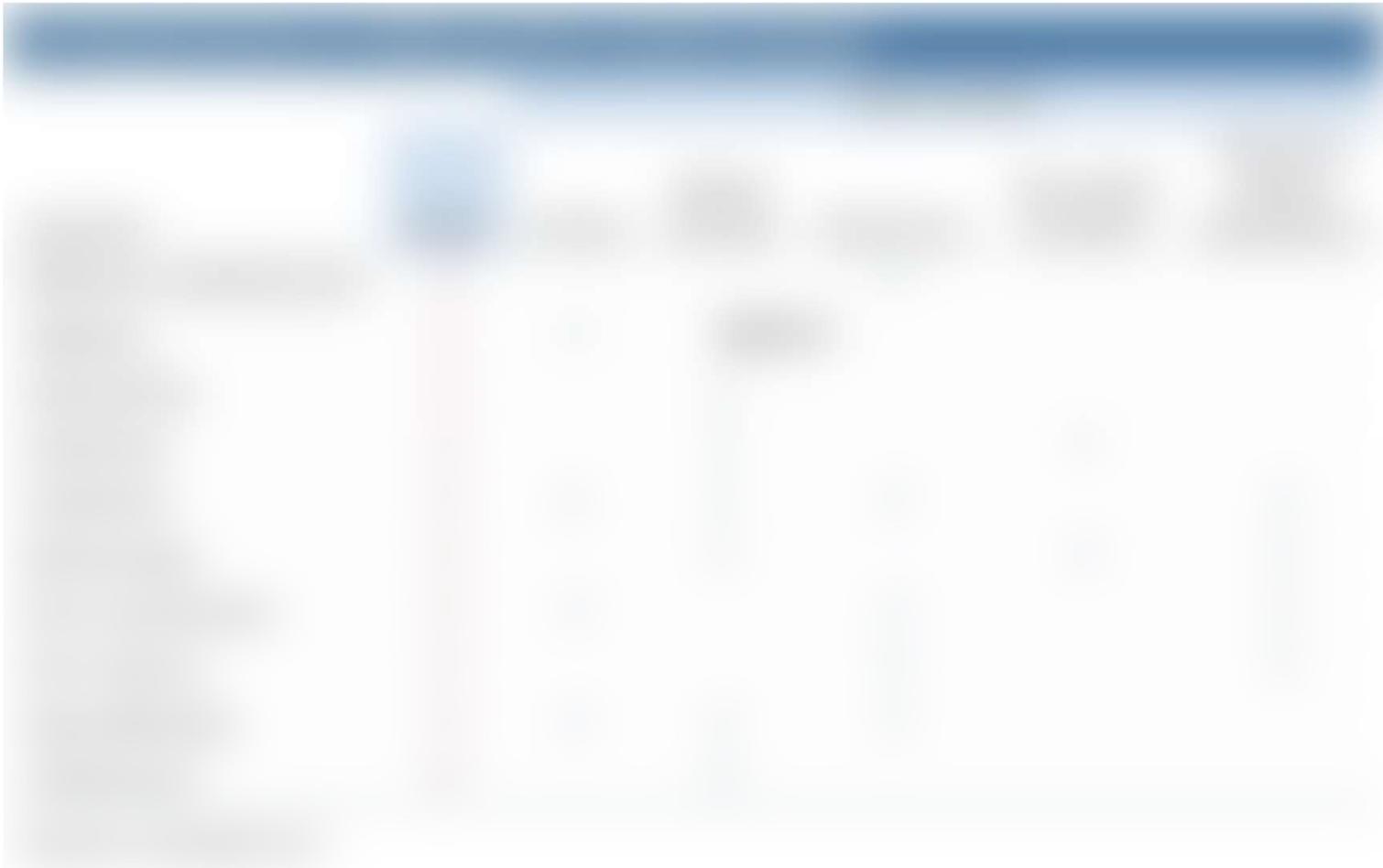


Abbildung basierend auf "Adult ADHD: Evaluation and treatment in family medicine", Searight et al, December 2000 American Family Physician 62(9):2077-86, 2091-2

Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, Bsp. Depressionen

- Symptomüberschneidungen: Vermindertes Interesse, Erschöpfungsgefühl, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit
- Wichtig bezüglich Differenzierung:
 - Zeitlicher Verlauf und Beginn
 - bei ADHS eher Stimmungsschwankungen, Veränderungen der Stimmungslage durch Aussenreize, eher weniger längere Phasen niedergeschlagener Stimmung
 - Beginn der depressiven Symptomatik setzt später ein
 - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sind überdauernd

ADHS - Therapiebausteine

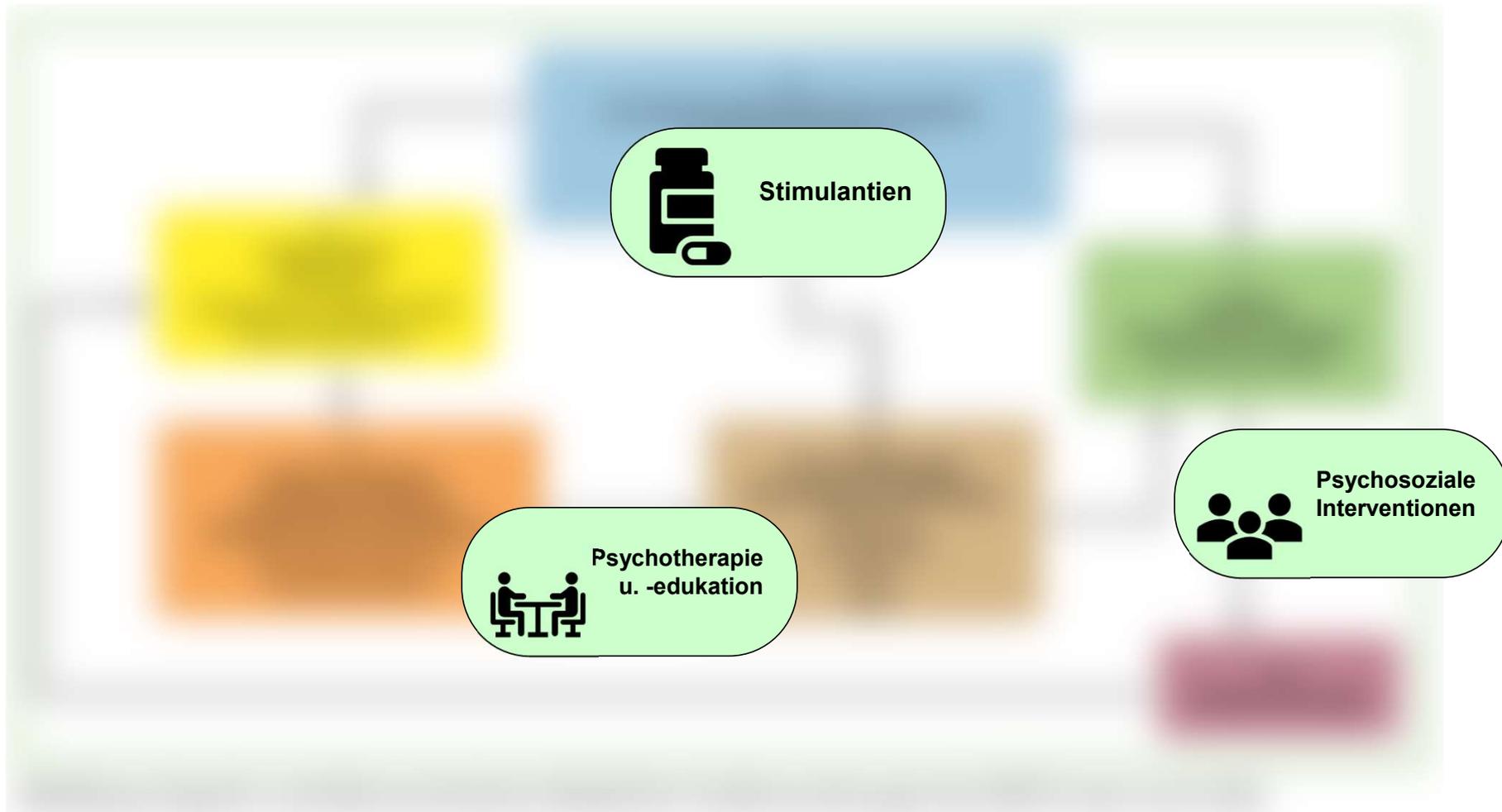
Grundbausteine gemäss Leitlinien:

1. Aufklärung und Wissen über ADHS
2. Kognitive Verhaltenstherapie
3. Medikamentöse Unterstützung

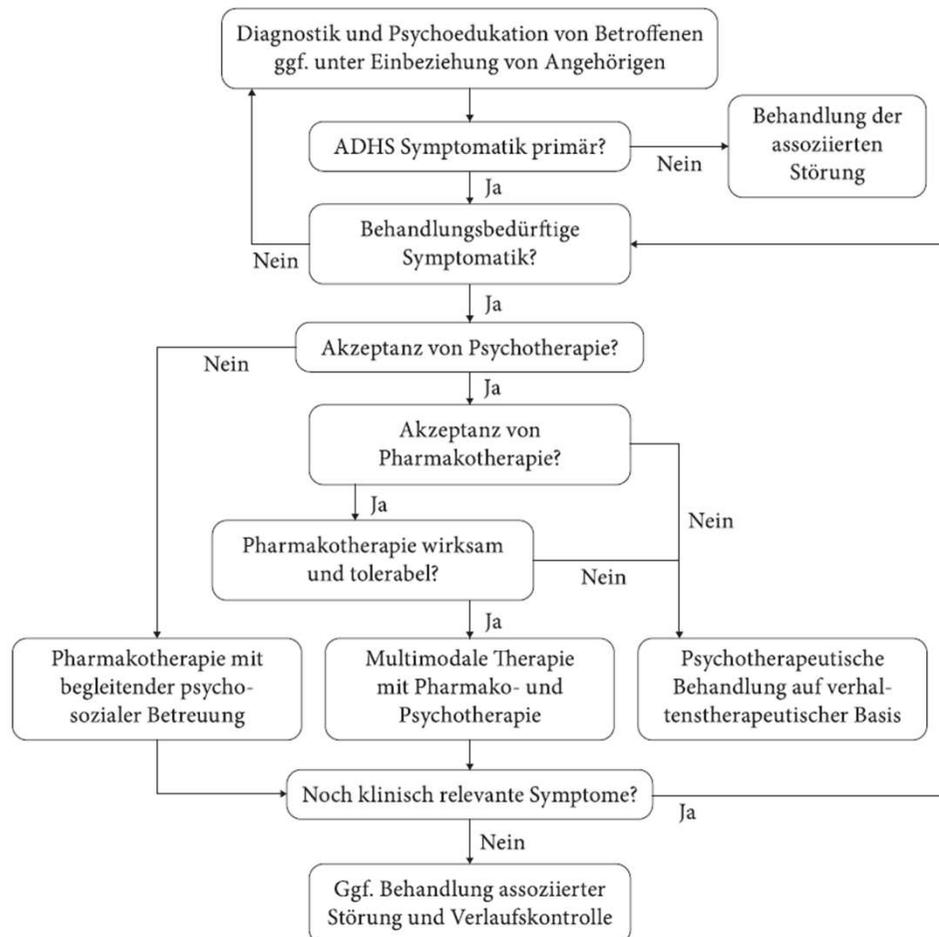
Ergänzende Behandlungsansätze:

- Neurofeedback
- Physische Aktivität
- Achtsamkeitsverfahren

Ansatzpunkt zur AD(H)S-Therapie



Therapiepfad gemäss S3-Leitlinie (2017)



Punkt 1.1.2: Bei Erwachsenen sollte die diagnostische Abklärung durch einen **Facharzt** für Psychiatrie/Neurologie/psychosomatische/**Psychologische Psychotherapeuten** vorgenommen werden.

Punkt 1.1.8: Im Jugend- und **Erwachsenenalter** muss die im Verlauf der Pubertät oft einsetzende **Verminderung der Hyperaktivität** berücksichtigt werden

Punkt 1.4: (...) im Erwachsenenalter [wird] aufgrund der vorliegenden Evidenz eine Pharmakotherapie (neben der Psychoedukation) als **primäre Therapieoption** auch bei **leichter und moderater Ausprägung und Beeinträchtigung** angesehen.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>

Tipps für die Pharmakotherapie



- Präparat: Einsatz lang wirksamer Stimulanzien (für Erwachsene zugelassen, tieferes Missbrauchspotenzial) bevozugten.
Wahl gemäss täglicher Anforderungen des Patienten / der Patientin (z.B Studium).
- Beginn: nach dem Prinzip «**start low, go slow**».
- Dosierung: **möglichst niedrige Dosierungen** anstreben. Optimale Dosis ist gefunden, wenn eine weitere Erhöhung keinen zusätzlichen klinisch relevanten Effekt auf die ADHS-Kernsymptomatik hat oder zunehmende Nebenwirkungen.
Individuelle Dosisanpassung (z.B. Weglassen am WE) i.S. der Eigenverantwortung mgl.
- Beurteilung: Stabile Wirkung auf auf die Kernsymptomatik erst **nach 2 bis 3 Wochen**
Bei längerfristiger Behandlung empfehlen Leitlinien, 1-mal jährlich einen Auslassversuch durchzuführen, um die Indikation für eine Fortführung zu überprüfen.

Handelsname (Wirkstoff)	Wirkdauer	Besonderheiten	Zulassung
Methylphenidat-Präparate			
Ritalin®, Medikinet®	3–4 h	rasche Anflutung, Flexibilität, ausgeprägte Reboundsymptomatik, Missbrauchspotenzial	Nein
Medikinet® MR	6–8 h	schnellere Anflutung als Concerta®, muss mit dem Essen eingenommen werden	Ja
Concerta®	10–12 h	langsame Anflutung, kann durch kleine Dosis Ritalin® am Morgen kompensiert werden	Ja
Focalin® XR	8–10 h	zweigipfliges Wirkmaximum: für Patienten mit regelmässigem Tagesablauf inkl. Mittagspause geeignet, Äquivalenzdosis halbieren, da 100% Dexmethylphenidat	Ja
Alternativen			
Elvanse® (Lisdexamphetamin)	12–14 h	Sollte bei mangelnder Wirkung/Verträglichkeit der MPH-Behandlung angeboten werden	Ja
Attentin® (Dexamphetamin)	4–6 h	Missbrauchspotenzial	Nein
Strattera® (Atomoxetin)	24 h	Kein Missbrauchspotenzial, schlechter verträglich als Stimulanzien	Ja
Intuniv® (Guanfacin)	24 h	Nicht sympathomimetisch wirksam, daher anderes Nebenwirkungsprofil als Stimulanzien und ATX, insb. Sedation	Nein
Wellbutrin® XR (Bupropion)	24 h	Gute Option bei komorbider Depression	Nein

2nd line, bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat

3rd line, z.T. Kostengutsprache nötig

Fallstricke der Pharmakotherapie



- Krampfanfälle: erhöhtes Risiko bei epileptischen Anfällen in Anamnese oder unerkannte EEG-Veränderungen
→ bei Kombination mit anderen mgl. Epileptogenen Wirkstoffen (z.B. Bupropion) erhöhte Vorsicht, ggf. Kontroll-EEG vor-/nachher
- Suizidalität: kein konsistent erhöhtes Risiko in der Literatur nachgewiesen, obwohl Kontraindikation laut Fachinformation
- Komorbiditäten: Kontraindiziert bei schwerer Depression, Anorexia-nervosa, psychotische Symptome, Manie, Schizophrenie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung, da Methylphenidat diese Zustände verschlechtern könnte → überlegte Verordnung
- Schwangerschaft: Falls nötig, sind Methylphenidat und Amphetamine, während der Schwangerschaft a.e. als vertretbar angesehen. Anpassungsstörung Kind nach Geburt möglich.
- Stillzeit: Methylphenidat geht in keinem relevanten Mass in die Muttermilch über

Tipps für die Psychotherapie



- Festlegen **realistischer Therapieziele**

- ADHS-Patienten besser für kurzfristige als langfristige Ziele motivieren
- Setzung von gut operationalisierten Teilzielen
- Zeit und Wiederholung, um neue, konstruktive Strategien zu etablieren

- Nutzung von KVT-Therapiemanualen

- B. Hesslinger et al. - ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch
- Kirsch et al. – Therapie-Tools: ADHS im Erwachsenenalter
- u.a. DBT-Elemente, soziales Kompetenztraining, Selbstmanagement- und Organisationstechniken

- Aufrechterhaltung der Motivation

- Motivationsarbeit als Teil des Therapieprogramms
- Multimodale, aktivierende Elemente einbauen

ADHS-Anlaufstellen

www.adhs20plus.ch

- schweizerische Anlaufstelle für Erwachsene mit ADHS sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen
- ADHS-Beratungen, Standortgespräche, spezifische Gesprächsgruppen und Weiterbildungen für Fachpersonen und Betroffene
- Breites Netzwerk an ausgewiesenen Ärzten, Therapeuten und ADHS-Coaches



www.sfg-adhs.ch



Schweizerische Fachgesellschaft ADHS
Société suisse pour le TDAH
Società svizzera per l'ADHD
Swiss Society for ADHD

- Vermittlung von Fachpersonen
- Vermittlung von allgemeinen Informationen und Hinweise auf Veranstaltungen
- Links betreffend Nachteilsausgleich

www.elpos.ch

**Die ADHS-
Organisation
elpos Schweiz.
unterstützt. berät.
vernetzt.
informiert.**

Die ADHS-Organisation elpos Schweiz begleitet vorurteilsfrei und persönlich bei allen Fragen rund um ADHS. Sie hilft Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie auch deren Bezugspersonen mit fundierten Informationen, kompetenter Beratung und themenspezifischen Veranstaltungen.

Elpos - Angebote für Erwachsene:

- Individuelle Beratung
- Vermittlung von Coaching bei der Alltagsbewältigung
- Informationsveranstaltungen
- Gesprächsgruppen für den Erfahrungsaustausch

Teil 2 – Diagnostik & Praktische Durchführung

- Wiederholung: Kernsymptomatik
- Indikationsstellung: Wann ist eine Abklärung angezeigt
- **Multimodale Diagnostik**
 - Was gehört zu einer ADHS-Diagnostik? Wie wird die Diagnose gestellt?
 - Variante einer ADHS-Diagnostik
 - Fragebögen (ADHS-SB, WURS-K, BDI-II)
 - Semi-Strukturiertes Interview (DIVA-V)
- **Fallstricke** in der ADHS-Diagnostik

Wiederholung: Kernsymptomatik

Unaufmerksamkeit	Hyperaktivität/Innere Unruhe	Impulsivität
<ul style="list-style-type: none">• Unaufmerksamkeit gegenüber Details• Schwierigkeiten, Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten• Hört scheinbar nicht zu• Kann Erklärungen nicht folgen• Probleme zu organisieren• Vermeidet Aufgaben, die gesteigertes Durchhaltevermögen verlangen• Verliert Dinge• Häufig abgelenkt• Vergesslich im Alltag	<ul style="list-style-type: none">• Unruhig mit Händen und Füßen• Kann nicht sitzen bleiben• Lläuft häufig herum• Laut bei Aktivitäten• Exzessive motorische Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none">• Ungeduldig• Mühe mit Warten• Unterbricht andere• Impulsive Entscheidungen

Indikationsstellung: Wann ist eine Abklärung angezeigt

- Vorhandensein von ADHS Symptomen aus mind. einem der drei Kernbereiche (bereits seit längerer Zeit)
- Symptome können durch andere psychiatrische Erkrankungsbilder überdeckt sein, deshalb nach Beginn und Verlauf fragen
- Symptomatik muss vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten sein
- Symptome sind mit Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen verbunden
- Bei aktuell schwer ausgeprägter psychiatrischer Symptomatik wenig sinnvoll, dann spätere Abklärung empfehlen (nach Austritt)

Multimodale Diagnostik

- Diagnostischer Prozess
- Klinische Untersuchung (Anamnese, Fremdanamnese)
- Diagnostische Hilfsmittel (Fragebögen, klinisches Interview, neuropsychologische Testverfahren)

Diagnostischer Prozess

**Hauptsymptome
(früher oder gegenwärtig):**

**Unaufmerksamkeit,
Hyperaktivität und/oder
Impulsivität**



Verdachtsdiagnose: ADHS ?



Klinische Untersuchung

Hilfsmittel:

**Krankengeschichte und
Screeninginstrumente
(ADHS-SB, WURS-k)**

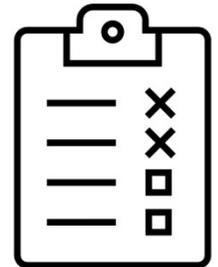
**Anamnese, Fremdanamnese,
strukturierte Interviews, z.B. DIVA-V,
evt. neuropsychologische Testverfahren**

Klinische Untersuchung

- **Umfassende Anamneseerhebung** (mit Fokus auf Biografie, Schul- Ausbildungs- und Berufsanamnese, Familienanamnese)
- Psychopathologische Befunderhebung
- **Fremdanamnese**
- **Retrospektive Einschätzung**

Diagnostische Hilfsmittel

- Selbstbeurteilungsfragebögen als Screening
 - **ADHS-SB**
 - **WURS-k** (Wender-Utah-Rating-Scale)
- Klinisches Interview
 - **DIVA-V** (Diagnostic Interview for Adult ADHD)
- Neuropsychologische Testverfahren



Selbstbeurteilungsfragebögen/Screeningverfahren

- **ADHS-SB:**

- Selbstbeurteilungsskala zur Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter
- cut-off-Wert bei **18** Pkt.

- Zusätzlich: **BDI-II**

- **WURS-K:**

- Subjektive retrospektive Einschätzung von Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen im Primarschulalter (vor 12 Jahren)
- Cut-off-Wert bei **30** Pkt.
- Items herausstreichen: 4/12/14/25 (Kontrollitems)

Klinisches Interview DIVA-V

- In über 30 Sprachen übersetzt
- Orientiert sich an **DSM-V-Kriterien**
- 18 Symptom-Kriterien werden erfragt, welche den beiden Hauptkriterien «**Aufmerksamkeitsdefizit**» und «**Hyperaktivität/Impulsivität**» zugeordnet werden können
- Alle 18 Kriterien werden sowohl nach Vorhandensein im Erwachsenenalter, sowie auch rückblickend im Kindesalter (vor 12 Jahren) erfragt.
- Die notwendige Erfassung der Symptome im Kindesalter kann **zeitgleich** erfolgen.

DIVA
Foundation

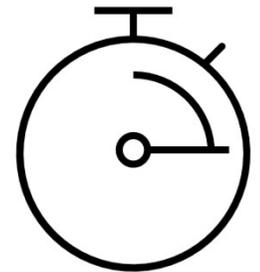
*diagnostic interview
for ADHD
in adults*

DIVA-V

- Kriterium A1: Aufmerksamkeitsstörungen
- Kriterium A2: Hyperaktivität und Impulsivität
- **Cut-off-Werte: Erwachsenenalter: ≥ 5 ,
Kindheit: ≥ 3**
- Kriterium B: Symptome sind über alle Lebensabschnitte durchgehend nachweisbar (Beginn vor dem Alter von 12 Jahren)
- Kriterien C&D: Funktionsstörungen sind in mind. zwei Lebensbereichen vorhanden, sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter

Neuropsychologische Testverfahren

- Je nach Fragestellung, zur Diagnosestellung nicht zwingend
- oftmals unzureichender Nachweis der Beeinträchtigungen aufgrund guter Bedingungen in der Testsituation
- Bei aktuell stark ausgeprägter psychiatrischer Symptomatik (z.B. schwere depressive Phase) und/oder dämpfender Medikation (z.B. Benzodiazepine) wenig sinnvoll, da keine objektive Erfassung der kognitiven Leistungen.



Fallstricke in der ADHS Diagnostik

- Retrospektive Einschätzung oft schwierig, z.T. fehlende Fremdanamnese
- Fragebögen sind anfällig
- Symptomatik verändert sich über die Lebensspanne, ICD-10 für Diagnose im Erwachsenenalter eher ungeeignet
- Hyperaktivität im Erwachsenenalter zeigt sich eher in Form von Entspannungsschwierigkeiten, unruhigen Händen und Füßen, innerer Unruhe
- Die Aufmerksamkeitsstörungen bilden sich weniger deutlich zurück, sind jedoch durch die Ausbildung von Kompensationsstrategien weniger direkt auffällig, zudem treten weitere Symptome wie Emotionsregulationsstörungen, Desorganisation und Selbstwertstörungen in den Vordergrund
- Heterogenes Erscheinungsbild → individuelle Coping-Strategien
- Komorbiditäten/Überlagerung der Symptome durch andere Krankheitsbilder